

**UNIVERSIDADE FEEVALE
ICET – INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO**

GABRIELA KELSCH FEIX

COMUNIDADE TERAPÊUTICA PARA O MUNICÍPIO DE TAQUARA

Novo Hamburgo, agosto de 2010.

GABRIELA KELSCH FEIX

COMUNIDADE TERAPÊUTICA

**Professoras: ALESSANDRA BRITO
ANA CAROLINA SANTOS PELLEGRINI
LUCIANA NÉRI MARTINS**

Professora / Orientadora: ALESSANDRA BRITO

Novo Hamburgo, agosto de 2010.

"A alegria é o fogo que mantém aquecido o nosso objetivo, e acesa a nossa inteligência" (HELEN KELLER, 2009).

RESUMO

A presente pesquisa visa buscar embasamento para o Trabalho Final de Graduação (TFG) do curso de Arquitetura e urbanismo, na Feevale, RS.

Este trabalho tem por finalidade analisar aspectos consideráveis para a elaboração de um projeto arquitetônico para uma Comunidade Terapêutica.

A proposta da Comunidade Terapêutica caracteriza-se por trazer para o Município de Taquara um ambiente acolhedor, protegido, que ofereça aos usuários de substâncias psicoativas, infra-estrutura necessária no processo de recuperação e reinserção social, resgatando valores e proporcionando oportunidades de reabilitação física e psicológica do residente, sem discriminação de raça, cor ou religião.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 Tema	9
1.1 Apresentação do tema e justificativa.....	9
2 Município	16
2.1 Histórico.....	17
2.2 Dados gerais.....	18
3 Lote de Estudo	20
3.1 Levantamento fotográfico.....	21
3.2 Levantamento do lote em estudo e seu entorno.....	25
4 Legislação	27
4.1 Plano Diretor de Taquara.....	27
4.2 Saídas de Emergência.....	27
4.3 Acessibilidade.....	29
5 Estudos de Caso	32
5.1 Desafio Jovem.....	35
5.2 Comunidade Terapêutica Usina da Saúde.....	44
5.3 Comunidade Terapêutica Recreio.....	52
6 A proposta	62
5.1 Conceituação.....	63
5.2 Intenções de projeto.....	64
5.3 Objetivos específicos do projeto.....	65
5.4 Estrutura física do projeto conforme RDC 101.....	66
5.5 Programa de necessidades e pré-dimensionamento.....	67
5.6 Projetos de referência.....	69
5.6.1 Espaço de Lazer YPY, no litoral Norte de SP.....	70
5.6.2 Residencial Piano Forte	73
7 Organograma	75

CONCLUSÃO.....	76	⁶
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77	
ANEXOS.....	80	

INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública, com implicações diretas na qualidade de vida do indivíduo e da sociedade como um todo.

Segundo o Secretário da Saúde do Estado, Osmar Terra, uma considerável parte da população brasileira consome maconha, mas que os consumidores de drogas que mais procuram tratamento para se livrar da dependência são usuários de cocaína. A maioria desses usuários promove abstinência ao uso de antidepressivos (FEBRACKT, 2008).

Em meados dos anos 80, surgiu uma nova droga, o crack, que devido ao seu rápido efeito e baixo custo ganhou popularidade entre seus usuários. Segundo o psiquiatra Alexandre Sampaio, o aumento do consumo da droga deve-se por ser uma droga que gera prazer em questão de segundos e seu efeito dura apenas alguns minutos que causa uma forte dependência em muito pouco tempo. (www.saude.hsw.uol.com.br, 2010).

Aproximadamente 1% da população do estado do Rio Grande do Sul está viciado em crack. Esta porcentagem equivale a quase 100 mil habitantes dependentes. Osmar Terra compara a epidemia do crack a uma epidemia de gripe, pois se espalha rapidamente, aumentando gradativamente o número dos seus usuários, pois além de causar uma dependência muito forte, o crack causa além de uma alteração mental, uma alteração estrutural do cérebro, reorganizando a memória do centro do prazer. O usuário de crack não consegue ter uma vida organizada. Se fizermos um comparativo a um usuário de cocaína, ou maconha, leva muito tempo para desestruturar sua condição de vida, pois essa pessoa

consegue trabalhar, conviver com a família e manter a dependência. Com o crack não, pois o prazer que ele proporciona é tão intenso e dura tão pouco que essas pessoas não conseguem fazer mais nada, e passam a viver em função da droga. Perdem seu emprego, no desespero vendem tudo que possuem e depois partem para furtos, assaltos e violência (CONASS.org.br, nov/dez 2009).

Diante dessa situação, e com a perspectiva da inclusão dos usuários de substâncias psicoativas como cidadãos de direitos comuns, como todo o indivíduo, temos consciência que é necessário criar mais alternativas, mais espaços de tratamento diversificados, fazendas, que possam atuar diretamente na reconstrução de sua própria vida e reinserção na sociedade, pois a saúde pública não está conseguindo suprir a alta demanda de usuários de drogas.

1. O TEMA

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar o estudo para o Trabalho Final de Graduação do curso de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Feevale e tem como finalidade analisar aspectos consideráveis para a elaboração de um projeto arquitetônico de uma Comunidade Terapêutica.

Conforme a afirmação de pesquisas (gráficos abaixo), a droga mais utilizada entre os dependentes químicos no mundo todo é álcool, consumido por 70% dos adultos, sendo que 10% apresentam problemas relacionados ao uso da droga. Depois do álcool, o tabaco é a droga mais usada e em terceiro lugar, a maconha. Mas, o que está tomando conta dos usuários é o crack. Seu consumo está crescendo rapidamente entre os dependentes, tanto que já virou uma epidemia e vem preocupando a população e o governo, devido ao seu baixo custo e seu fácil acesso.

A escolha deste tema justifica-se por esta alta demanda de drogadição, vinda de crianças, adolescentes, adultos e de todas as classes sociais. Uma demanda, que a cada dia vem crescendo, aumentando o índice de mortes, roubos, violência domiciliar e principalmente a prostituição. São realidades que começam a fazer parte da vida de crianças e adolescentes no município de Taquara.

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado visivelmente e na maioria dos casos é necessária internação para recuperação, e já não se têm mais clínicas disponíveis, sendo este um dos problemas, que se tornou um caso de preocupação de saúde pública, com dimensões éticas, socioeconômicas, políticas e

de seguridade pública. Justifica-se essa afirmação pela recente doação pelo Governo do Estado, de mais de um milhão de reais, destinado ao combate contra as drogas (Anexo B).

Abaixo, seguem alguns dados fornecidos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que apresentam dados estatísticos entre os anos de 2001 e 2005.

Gráfico 1: Uso na vida de substâncias psicoativas, exceto álcool e tabaco (2001 e 2005)
(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)

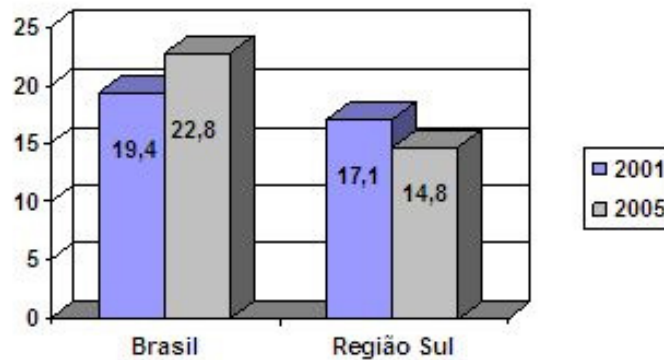
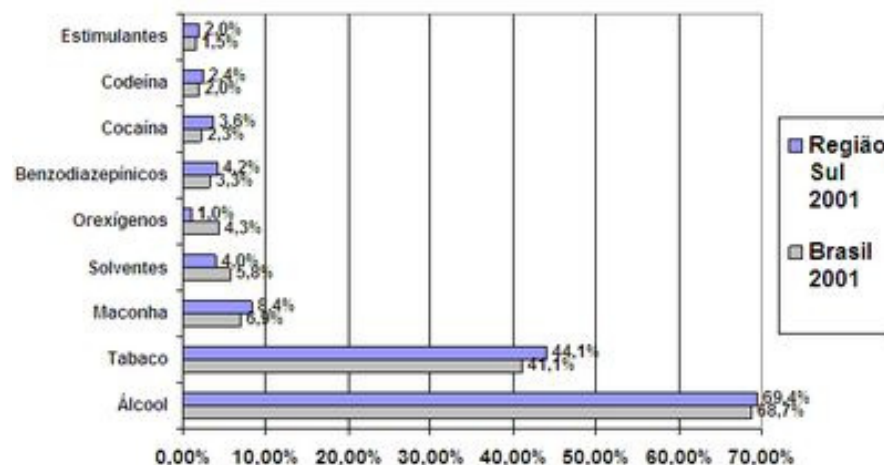


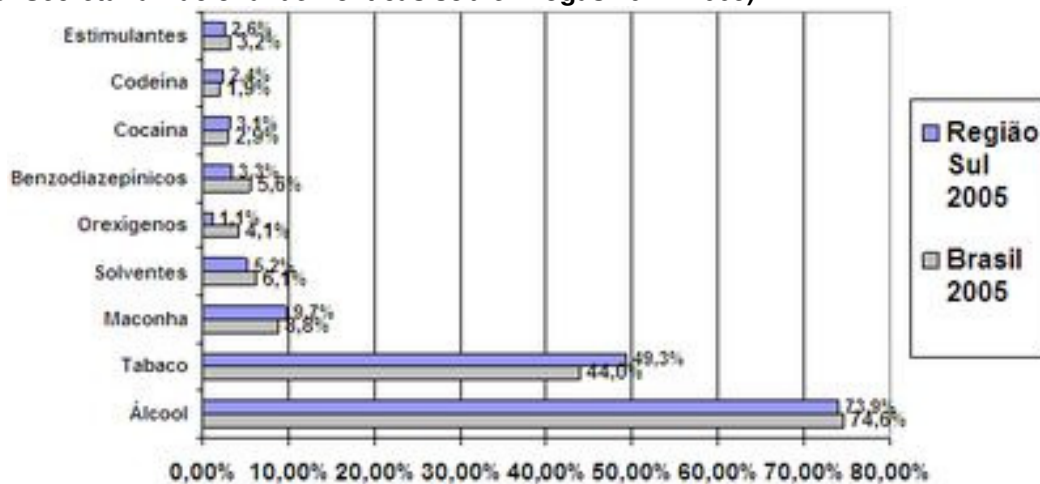
Gráfico 2: Uso na vida de substâncias psicoativas – Brasil e Região Sul (2001)
(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)



No ano de 2001, verificaram-se índices superiores na região Sul, em relação ao Brasil, no uso de: tabaco (3%), maconha (1,5%), cocaína (1,3%), benzodiazepínicos (0,9%), álcool (0,7%), codeína (xaropes) (0,4%) e estimulantes (0,5%). A região Sul é a que apresenta os maiores índices de uso na vida de maconha e cocaína no período.

Do mesmo modo, na região sul foi mensurado ainda o uso na vida de opiáceos (1,2%), crack (0,5%), merla (0,1%) e heroína (0,1%).

Gráfico 3: Uso na vida de substâncias psicoativas – Brasil e Região Sul (2005)
(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)

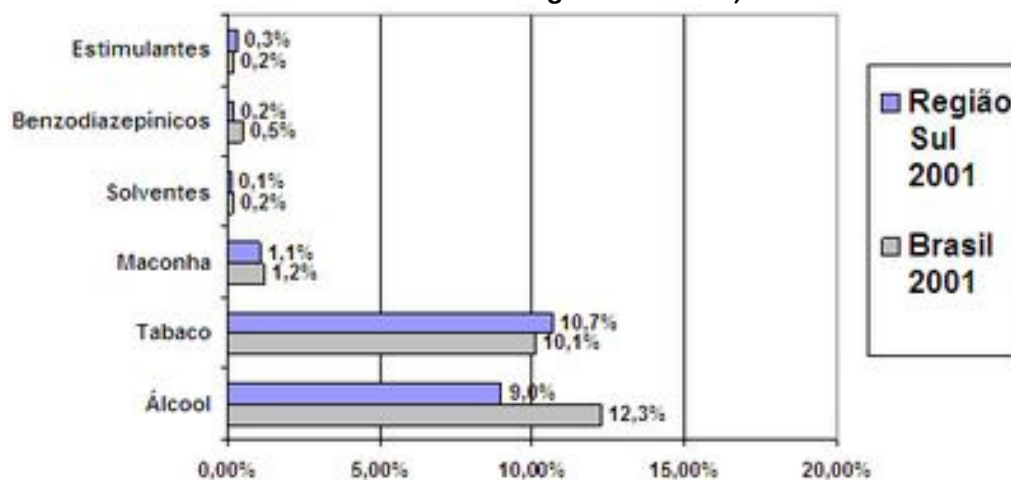


De acordo com os gráficos apresentados acima, em nível nacional, o uso na vida das seguintes drogas apresentou crescimento em relação ao ano de 2001: álcool (5,9%), tabaco (2,9%); benzodiazepínicos (2,3%), maconha (1,9%), estimulantes (1,7%), cocaína (0,6%) e solventes (0,3%) e decréscimo averiguado no consumo de orelxígenos (0,2%) e codeína (0,1%).

Na região Sul houve aumento de uso na vida de: tabaco (5,2%), álcool (4,5%), maconha (1,3%), solventes (1,2%), estimulantes (0,6%) e orexígenos (0,1%). O uso na vida de opiáceos, na região Sul, dobrou entre o primeiro levantamento e o segundo, atingindo a casa de 2,7% em 2005. O mesmo ocorreu no uso da vida de crack, que em 2001 era de 0,5% e, em 2005, atingiu 1,1%; diminuição do consumo de benzodiazepínicos (0,9%) e cocaína (0,5%) no período.

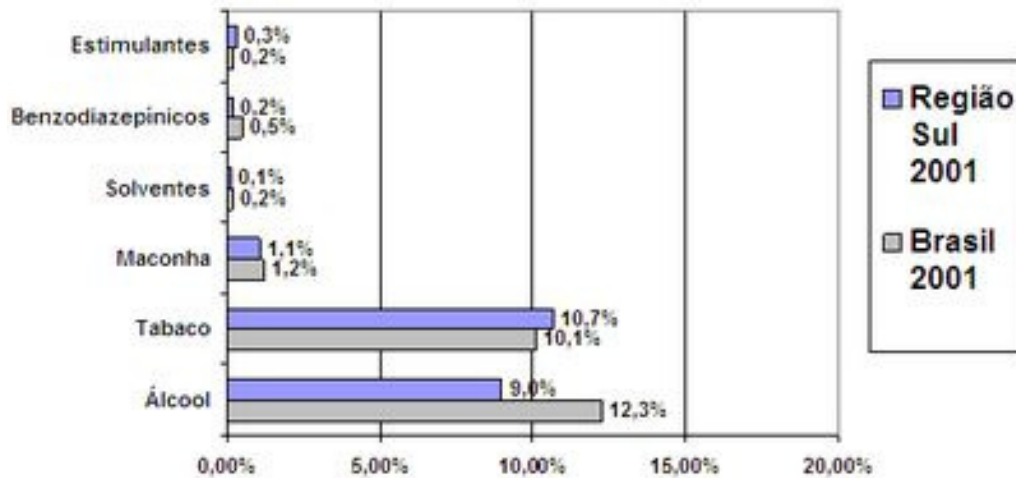
Se comparar com o Brasil, é visível a percepção que nos estados do Sul houve um crescimento superior no uso de tabaco (2,3%) e solventes (0,9%).

Gráfico 4: Dependência de substâncias psicoativas – Brasil e Região Sul (2001)
(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)



De acordo com os dados apresentados nos gráficos acima, a Região Sul apresenta índices superiores ao resultado encontrado no Brasil em relação à dependência de tabaco (3,8% acima) e maconha (0,6% acima). Em relação à dependência de álcool, os índices são inferiores aos nacionais (1,7%).

Gráfico 5: Dependência de substâncias psicoativas – Brasil e Região Sul (2005)
 (Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)



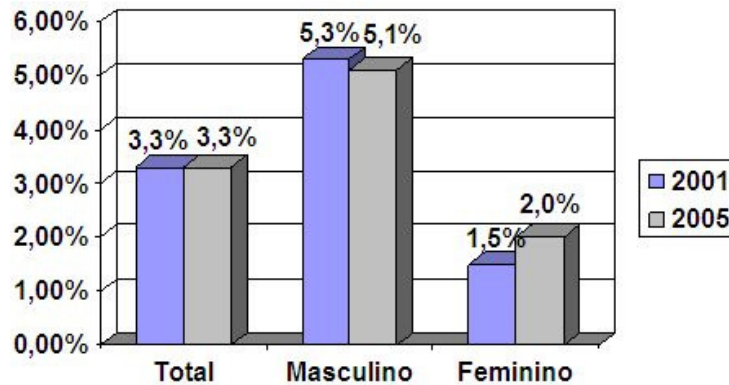
É possível perceber um aumento do percentual de dependentes das principais drogas no Brasil, na casa de 1,1% para dependência de álcool, 1,1% de tabaco e 0,2% de maconha.

Na região Sul houve uma queda na dependência das principais drogas, na casa de 2,1% de dependentes de tabaco, 0,5% de dependentes de maconha e álcool. Diferentemente do estudo de 2001, os dados de 2005 informam sobre o número de dependentes de estimulantes, benzodiazepínicos e solventes.

Finalmente, cabe ao propósito desta análise, averiguar o número de pessoas que buscou atendimento para curar o vício das drogas.

Gráfico 6: Porcentagem dos entrevistados que já buscaram tratamento para o uso de álcool e outras drogas no Brasil (2001 e 2005)

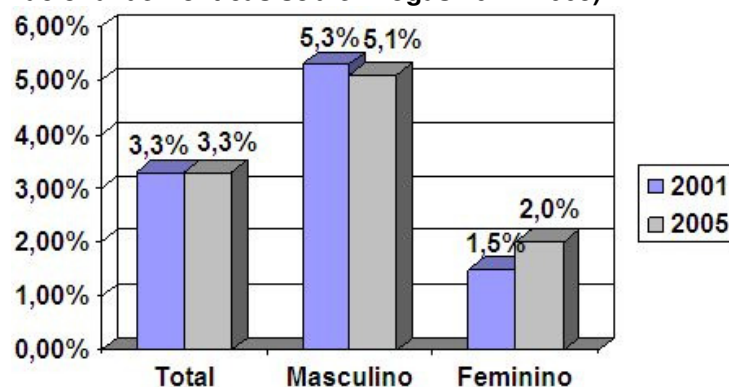
(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)



Em análise nacional, é perceptível uma queda expressiva na busca de tratamento em função do uso de álcool e outras drogas, sendo que o consumo da maioria das substâncias aumentou. Os homens são os que mais buscaram tratamento nos períodos analisados.

Gráfico 7: Porcentagem dos entrevistados que já buscaram tratamento para o uso de álcool e outras drogas na região Sul (2001 e 2005)

(Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas 201 – 2005)



Percebe-se que na região Sul houve uma estabilidade na busca por atendimento, sendo possível observar um leve decréscimo na busca de atendimento por parte dos homens (0,25%) e um ligeiro aumento de busca por tratamento pelo

sexo feminino (0,5%), de 2001 a 2005, sendo que a procura por atendimento por homens ainda continua sendo bem maior.

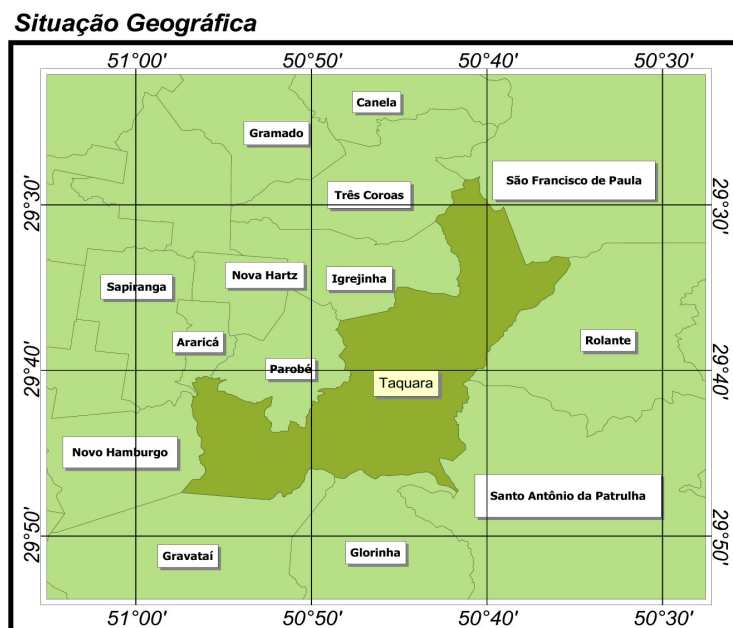
Com estes dados podemos analisar o impacto do uso/abuso de substâncias psicoativas na saúde da população. Os números são expressivos em relação ao álcool, mas é notável um aumento geral no uso das principais drogas.

2. MUNICÍPIO

O município de Taquara localiza-se na encosta inferior da Serra, distante a 40 km de Gramado, a 40 km de São Francisco de Paula, 72 Km de Porto Alegre, 89 km de Tramandaí e a 36 km de Novo Hamburgo. (Prefeitura Municipal de Taquara, 2010).

Encontra-se bem localizado, pois é considerado ponto de ligação entre importantes regiões do Rio Grande do Sul, como Vale do Sinos, Litoral Norte, a Serra Gaúcha, Região Metropolitana.

Consideramos o município de Taquara como um pólo regional no Vale do Paranhana, pois é notória a diversificação em todos os ramos. Sua produção agrícola, ostenta um considerável desenvolvimento, destacando a produção leiteira, piscicultura e criação de gado de corte.



**Imagem 1 – Localização do Município na Região
(Fonte: Atlas Geo-Ambiental de Taquara, 2010)**

É um município que possui um clima subtropical com verão ameno e inverno rigoroso.

2.1. HISTÓRICO

O processo de colonização da cidade teve início em 4 de setembro de 1846, quando o território passou a ser propriedade de Tristão Monteiro.

Em 7 de setembro de 1846 chegou um grupo com os primeiros imigrantes alemães, formado pelas famílias Ritter, Lahm, Schirmer, Krummenauer, Klein e uma de origem italiana denominada Raimundo, as quais iniciaram a Colônia de Santa Maria do Mundo Novo.

O município surgiu em 1568 com a Lei Provincial nº 1568, e através do Decreto Estadual nº 1404 de 10 de dezembro de 1908 a vila de Taquara foi passada à categoria de cidade.

O nome do Município originou-se em função da cerrada vegetação de bambus silvestres (Taquarais) que cobria as margens do Rio dos Sinos, um dos cursos d'água que banha o município.

As primeiras atividades surgiram a partir dos empreendimentos familiares dos imigrantes, em sua maioria de origem germânica, ligados aos setores industrial e comercial.

A história da cidade está registrada na beleza arquitetônica existente no município, pois conta com uma série de prédios antigos localizados no centro. Dessas obras antigas, possui desde a construção neoclássica que data do início do

século passado, templos das Igrejas Católica e Protestante e edificações na técnica do enxaimel, trazida pelos imigrantes alemães.

O município foi emancipado em 17 de abril de 1886. (Prefeitura Municipal de Taquara, 2010).

2.2 DADOS GERAIS

De acordo com estimativa de dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2009, era de 55.473 habitantes, e possui uma área de 457 km².

O município conta com uma rede de 44 escolas públicas municipais, 12 escolas públicas estaduais e 9 escolas particulares.

O município de Taquara possui quatro Comunidades Terapêuticas.

As comunidades que possuem alvará:

- Comunidade Terapêutica Usina da Saúde (Distrito de Santa Cruz da Concórdia)

- Instituto Fênix (Centro da cidade)

As comunidades que não possuem alvará são:

- Centro de Reabilitação Nova Esperança (CERNE) – Morro Negro

- Comunidade Terapêutica Santa Rita de Cássia (Santa Cruz – Beco do Espantalho)

A localização destas encontra-se abaixo. Ressalta-se que destas quatro Comunidades Terapêuticas, três se encontram em área de difícil acesso e em zona rural, apenas uma se localiza no centro do município..



Imagem 2 – Localização das Comunidades Terapêuticas no Município de Taquara
(Fonte: Adaptada pela AUTORA de GOOGLE EARTH, 2010a)

3. LOTE DE ESTUDO

Entre os fatores relevantes para a escolha do terreno da Comunidade Terapêutica, estão:

- dificuldade de acesso à cidade de modo a inibir a fuga do residente,
- local integrado à natureza e com belas paisagens que possam ser exploradas sob o ponto de vista da arquitetura e do tratamento terapêutico.

A área escolhida para a implantação do projeto localiza-se na Estrada Rio da Ilha, em Rio da Ilha, distrito do Município de Taquara e possui uma área de 3,57ha (30.570m²).

O terreno escolhido encontra-se em zona rural, a aproximadamente 15 Km do centro da cidade. O lote não possui grandes desníveis, mas é cercado por morros e tem o Rio da Ilha que o corta. No trecho em que corta o lote, as águas são claras e rasas sendo balneável, o que torna a paisagem ainda mais bonita.

O lote encontra-se demarcado na imagem abaixo.

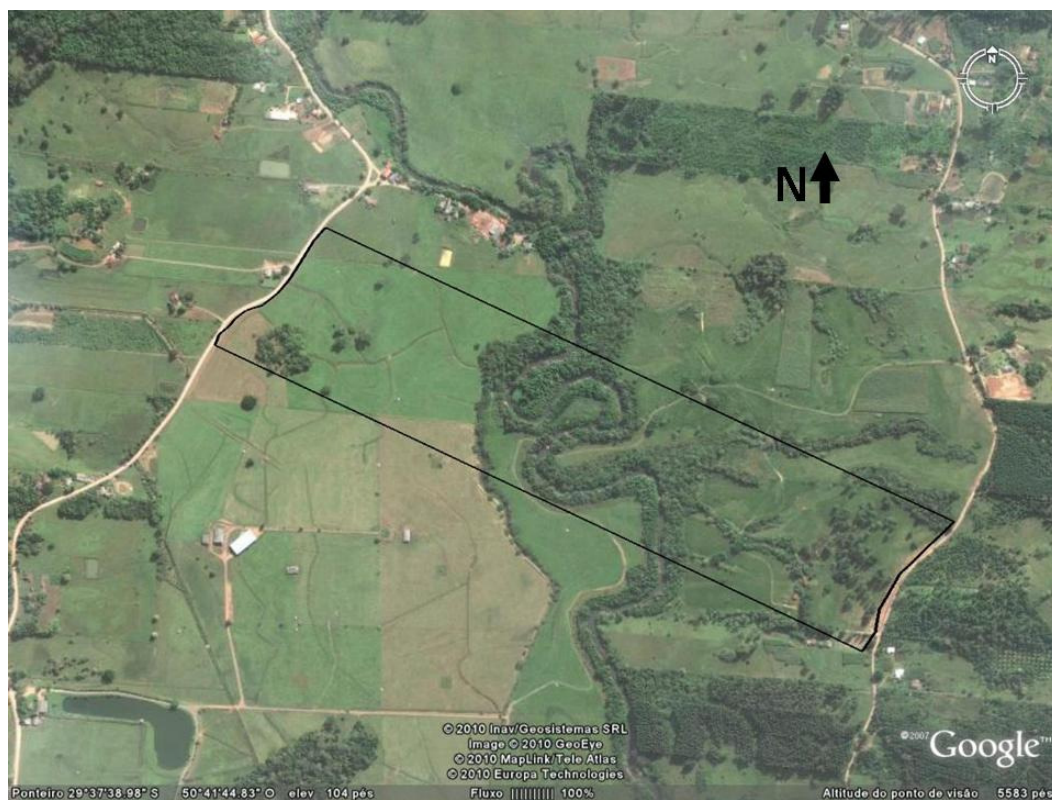


Imagem 3 – Localização do Terreno – Distrito de Rio da Ilha
(Fonte: Adaptada de GOOGLE EARTH, 2010a)

3.1 LEVANTAMENTO FOTOGRÁFICO

As imagens abaixo mostram o terreno a ser implantado o Centro Terapêutico.



Imagem 4 – Foto do terreno escolhido



Imagem 5 – Foto do Rio da Ilha que corta o terreno.



Imagem 6 – Rio da Ilha, águas claras e balneáveis.



Imagem 7 – Foto sobre a ponte situada Rstrada Rio da ilha (acesso a área escolhida).



Imagem 8 – Terreno com morros ao fundo.



Imagem 9 – A topografia do terreno é praticamente plana.

3.2 LEVANTAMENTO DO LOTE EM ESTUDO E SEU ENTORNO

O lote, em sua maior parte, possui vegetação rasteira, mas também é possível encontrar pequenas porções de arvoredos. A vegetação à margem do rio é nativa e típica de áreas banhadas. O projeto vai respeitar a área de 30m de cada lado do curso d'água, atendendo a legislação do Código Florestal (Lei 4.771/65)¹.

A edificação existente no lote é um pequeno sítio, no qual é habitado eventualmente por seu proprietário.

No entorno, mais próximo do lote existem alguns sítios, residências, um frigorífico e a escola municipal Dionysio Pires de Melo.

Os principais acessos ao lote escolhido são pela RS 239 (trecho da estrada de ligação entre os municípios de Taquara e Rolante) ou pela a Estrada Rio da Ilha que inicia distante 2km do centro do município de Taquara, como mostra a imagem abaixo.

-
1. A Lei 4.771/65 (Código Florestal), através de seu artigo 2º, itens a, b e c, declarou como de "preservação permanente" as "florestas e demais formas de vegetação" situadas :

I - ao longo dos rios ou de qualquer curso de água, desde o seu nível mais alto, em faixa marginal cuja largura mínima seja:

a) de 30 (trinta) metros para os cursos de água de menos de 10 (dez) metros;

b) de 50 (cinquenta) metros para os cursos de água que tenham de 10 (dez) a 50 (cinquenta) metros de largura;

c) de 100 (cem) metros para os cursos de água que tenham de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) metros de largura;

d) de 200 (duzentos) metros para os cursos de água que tenham de 200 (duzentos) a 600 (seiscentos) metros de largura; e

e) de 500 (quinhentos) metros para os cursos de água a que tenham largura superior a 600 (seiscentos) metros;

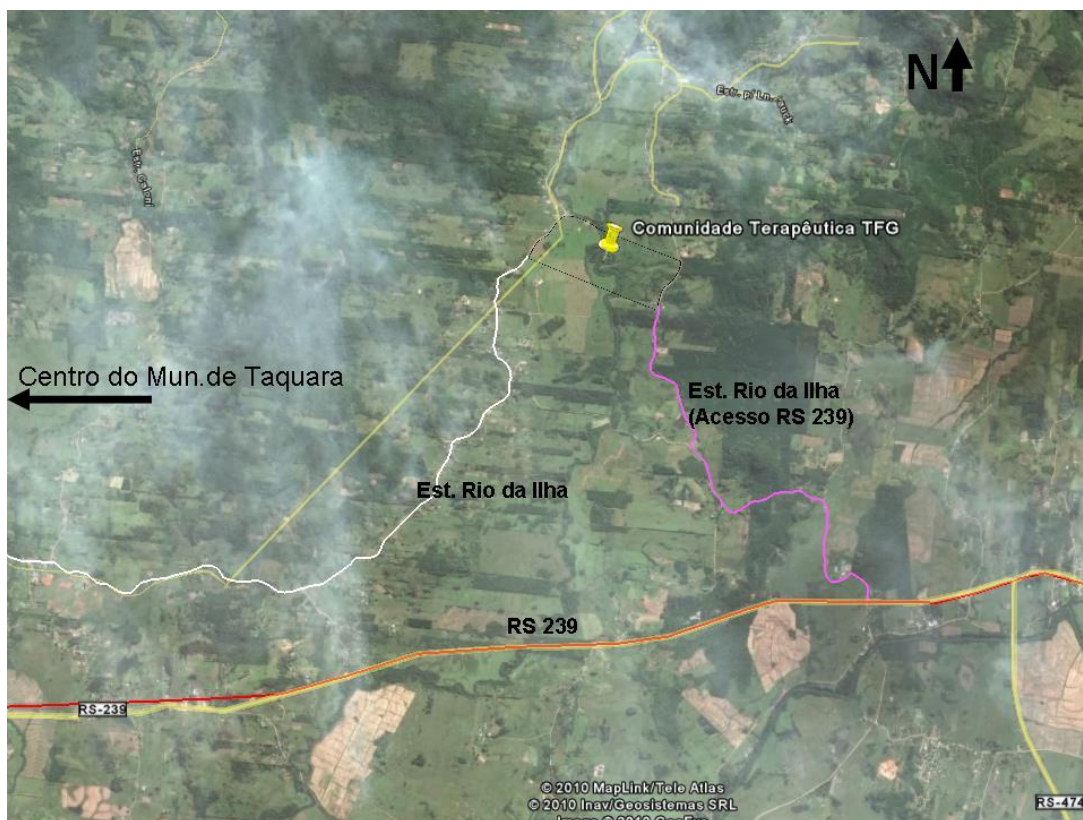


Imagem 10 – Imagem aérea com demarcação dos principais acessos ao lote
(Fonte: Modificado pela AUTORA de GOOGLE EARTH, 2010a)

Em se tratando de uma clínica de recuperação é necessário que o espaço tenha bastante área verde, pois a integração com a natureza ajuda na reabilitação do drogadivulso. O lote escolhido está completamente adequado a inserção de uma Comunidade Terapêutica.

4 LEGISLAÇÃO

4.1 PLANO DIRETOR DE TAQUARA

De acordo com o Capítulo IV, artigos 86 e 87 do Plano Diretor do Município de Taquara, a Macrozona Rural de Rio da Ilha não possui projetos de lei regulando os usos e índices de ocupação do solo.

Entretanto, o projeto não buscará alcançar grandes índices urbanísticos e a Taxa de ocupação e índice de aproveitamento devem ser baixos, em torno de 20% para TO e 0,01 para IA.

4.2 SAÍDAS DE EMERGÊNCIA

A NBR 9077 – Saídas de emergência em edifícios, visa o dimensionamento adequado das saídas de emergência conforme seus usos, de forma eficaz para o esvaziamento em caso de incêndio, resguardando a integridade física dos usuários.

As saídas de emergência são dimensionadas de acordo com a população do edifício, segundo os coeficientes da Tabela 05 da NBR 9077, sempre com base em sua ocupação, conforme a Tabela 01 da mesma norma. O projeto do Centro de Convenções se enquadra na Tabela 01 no grupo abaixo:

T
Tabela 1 — Grupo quanto a ocupação
 (Fonte: NBR9077, 2001)

GRUPO	OCUPAÇÃO/USO	DIVISÃO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
H	Serviços de Saúde e Institucionais	H-2	Locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas e mentais	Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, reformatórios sem celas, etc.

Em relação ao dimensionamento das saídas, deve-se considerar a Tabela 5 da NBR 9077. A partir do agrupamento da tabela anterior, classifica-se para fins de cálculo, conforme a Tabela abaixo:

Tabela 2 — Grupo quanto à divisão
 (Fonte: NBR9077, 2001)

GRUPO	DIVISÃO	POPULAÇÃO	ACESSOS E DESCARGAS	ESCADAS	PORTAS
H	H-2	2 pessoas por dormitório mais 1 pessoa para cada 4m ² de área	100	75	100

A largura das saídas de emergência, é dada pela seguinte fórmula:

$$N = P / C$$

Onde:

N = número de unidades de passagem, arredondado para número inteiro **P** = população, conforme coeficiente da Tabela 2. As larguras mínimas das saídas, em qualquer caso, devem ser:

- a) 1,10 m, correspondendo a duas unidades de passagem e 55 cm, para as ocupações em geral, ressalvadas o disposto a seguir;
- b) 2,20 m, para permitir a passagem de macas, camas, e outros, nas ocupações do grupo H, divisão H-2.

4.3 ACESSIBILIDADE

Alguns condicionantes de projeto serão regidos pela NBR 9050, que trata sobre a acessibilidade em edificações. Neste item, serão abordados os principais fatores que se refletirão no projeto, passando desde as vagas de estacionamento até os espaços destinados nos auditórios.

A NBR 9050 classifica cada tipo de necessidade especial com uma sigla, dentre elas, as que serão utilizadas com mais freqüência nessa pesquisa:

P.C.R – Pessoa em cadeira de rodas

P.M.R – Pessoa com mobilidade reduzida

P.O – Pessoa obesa

Sanitários e Vestiários:

Os sanitários e vestiários devem ser localizados em rotas acessíveis, junto à circulação principal e preferencialmente próximo às demais instalações sanitárias. Caso algum sanitário ou vestiário acessível esteja localizado em algum local isolado, é necessária a instalação de algum dispositivo de emergência, para acionamento em caso de queda.

Salas de Reuniões – Teatros e Similares

Os teatros e similares devem possuir espaços, na área destinada ao público, para P.C.R, assentos para P.M.R. e também assentos para P.O. Estes locais devem atender às seguintes condições:

- a) estar localizados em uma rota acessível vinculada a uma rota de fuga;
- b) estar distribuídos pelo recinto, recomendando-se que seja nos diferentes setores e com as mesmas condições de serviços;
- c) estar localizados junto de assento para acompanhante, sendo no mínimo um assento e recomendável dois assentos de acompanhante;
- d) garantir conforto, segurança, boa visibilidade e acústica;
- e) estar instalados em local de piso plano horizontal;
- f) ser identificados por sinalização no local e na bilheteria, conforme 5.4.1;
- g) estar preferencialmente instalados ao lado de cadeiras removíveis e articuladas para permitir ampliação da área de uso por acompanhantes ou outros usuários (P.C.R. ou P.M.R.).

A quantidade de espaços destinados para P.C.R, assentos para P.M.R. e também assentos para P.O. devem ser disponibilizadas conforme a tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Quantidade dos espaços para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O.
(Fonte: NBR9050, 2004)

Espaços para pessoa em cadeira de rodas e assentos para P.M.R. e P.O.			
Capacidade total de assentos	Espaços P.C.R	Assento P.M.R	Assento P.O.
Até 25	1	1	1
De 26 a 50	2	1	1
De 51 a 100	3	1	1
De 101 a 200	4	1	1

Ainda segundo a NBR 9050, os espaços destinados devem possuir algumas dimensões mínimas, tanto para P.C.R quanto para P.M.R. e P.O. As figuras 5, 6, 7 e 8 abaixo, ilustram o dimensionamento de espaço para os diferentes casos.

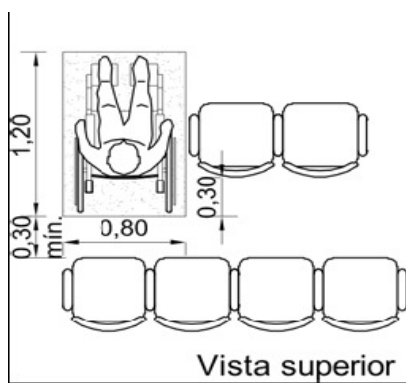


Imagem 11 — Espaçamento para P.C.R. na primeira fileira
(Fonte: NBR9050, 2004)

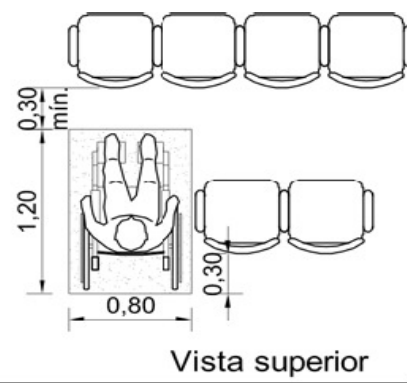


Imagem 12 — Espaçamento para P.C.R. na última fileira
(Fonte: NBR9050, 2004)

5.0 ESTUDOS DE CASO

Os Estudos de Caso foram visitas de campo às Comunidades Terapêuticas, acompanhadas dos monitores locais que repassaram as informações apontadas a seguir.

Abaixo, seguem algumas denominações e seus respectivos significados das atividades de rotina comuns em todas as Comunidades Terapêuticas:

Espiritualidade: Evangelização, Reflexão e Meditação, sem discriminação de credo.

Sentimento: Momento de expressar os sentimentos no grupo através de depoimentos.

Temática: Momento em que os residentes se questionam o por quê estão naquele lugar, e definem suas metas e objetivos de vida a curto, médio e longo prazo.

Mutirão: Momento coletivo para limpar o pátio, os prédios, etc.

Laborterapia: A laborterapia ocupa o tempo dos residentes com trabalhos ligados à terra e o contato com o solo e o ar puro, elementos fundamentais para a recuperação. A laborterapia é dividida em sete fases. Em cada uma delas, por meio da essência da atividade, o residente desenvolve pontos que auxiliarão no tratamento.

Fases da Laborterapia:

O campo - Período de Adaptação. Os residentes trabalham com a enxada, possibilitando uma desintoxicação por meio do trabalho e da sudorese. Também procura melhorar a psicomotricidade.

O jardim - Ao cuidarem das plantas e flores, os residentes vão recuperando a sensibilidade, possibilitando assim um crescimento mais harmonioso e com momentos de reflexão.

O pomar - O contato com as árvores frutíferas é de grande valia para o tratamento. Ao cuidar, adubar e regar as plantas, os recuperandos fazem um paralelo com a importância de produzir alimentos para o próprio consumo.

A pocilga - Aqui os recuperandos trabalham cuidando dos animais, tendo a atenção voltada para a alimentação dos mesmos e a higiene local. Eles são instados a assumir essa tarefa com grande responsabilidade, o que os faz despertar para os cuidados consigo mesmo.

A horta - É um estágio no qual o recuperando começa a RENASCER, devido ao contato direto com a terra no preparo dos canteiros e sementeiras. As verduras cuidadas por eles são colhidas e consumidas nas refeições. Dizemos: “Os recuperandos germinam junto com as verduras”. Aqui se trabalha o interesse, a iniciativa e a paciência.

A cozinha - Implica na lavagem de panelas e louças, na preparação de alimentos e na produção de pães. Também fazem parte desta fase a manutenção e a organização do setor onde são armazenadas as frutas e legumes. Aqui se exercita a responsabilidade e a higiene, e ainda a valorização dos princípios da economia doméstica.

A limpeza - Os recuperandos passam a fazer a limpeza das dependências das casas: varandas, refeitório, corredores, banheiros. Assim, trabalham a

limpeza e a organização de modo geral, bem como os cuidados pessoais, fazendo com que a auto-estima e a vaidade estejam mais equilibrados.

A disponibilidade - Quando o recuperando chega a este momento, que coincide com as vésperas do término do processo terapêutico, ele fica responsável por dar as boas vindas aos recém-chegados. É também a oportunidade para refletir sobre o percurso do seu tratamento, podendo colaborar - se sentir vontade - ou voltar a algum estágio para refazê-lo, caso sinta necessidade. (www.fazendarenascer.com.br, 2010)

Grupos de Amor-Exigente

São grupos de apoio nos quais os próprios membros se ajudam, na tentativa de mudar seus comportamentos e, conseqüentemente, os comportamentos dos seus. São grupos de ação. Não são grupos de falação ou oração. As reuniões são semanais. Nelas os familiares recebem informações, esclarecimentos e são orientados a não aceitarem comportamentos agressivos e violentos. Esta não aceitação acaba desencadeando no outro a decisão de mudar de atitude. Fixar limites ou metas semanais, com a ajuda e criatividade do grupo, é o que dá coragem e condições aos familiares, para que, passo a passo, eliminem as atitudes inadequadas. Analisando os doze princípios básicos do AMOR-EXIGENTE, e refletindo sobre eles, concluímos que aí estão expressas as principais causas dos desajustes individuais e familiares. Este programa propõe, portanto, a solução para isso. A família analisará os princípios e, ao vivenciarem a proposta, uma nova dinâmica atuará no relacionamento entre seus membros. Quando se forma um novo grupo de **AE**, ele deve funcionar experimentalmente por um período que tem sido entre seis meses e um ano aproximadamente, tempo em que se consolida. (www.amorexigente.org.br, 2010)

5.1. DESAFIO JOVEM

O Desafio Jovem é uma Comunidade Terapêutica que se localiza na cidade de Três Coroas, RS, e tem como objetivo a recuperação para drogadependentes e alcoolistas.

Essa Comunidade terapêutica é uma entidade filantrópica, que sobrevive através de doações das famílias dos residentes, de pessoas e empresas que se sensibilizam com a problemática das drogas e de dependentes químicos em recuperação, que trabalham na etapa de ressocialização com a comunidade. É uma entidade cristã, onde a espiritualidade é o principal incentivo para a recuperação do residente.

Conforme visita de campo, acompanhada pelo monitor Luis Augusto Bath, a Comunidade Terapêutica está dividida em duas unidades, nas quais atendem separadamente ao público feminino e masculino. Atualmente, nas duas unidades, possuem um público de 124 pessoas, sendo 80 homens e 24 mulheres.

O tempo para a recuperação do dependente químico dá-se entre 12 e 24 meses. O tratamento utilizado é único para cada residente e a medicação é utilizada apenas em alguns casos específicos e necessários, sempre com o acompanhamento médico. O tratamento no Centro Terapêutico está dividido em quatro etapas:

- Primeira etapa: adaptação (3 meses);
- Segunda etapa: Conscientização (3 meses);
- Terceira etapa: Autonomia (3 meses);
- Quarta etapa: Ressocialização (3 meses).

O estabelecimento oferece tratamento com duas assistentes sociais, e com um psicólogo que residem no local, além dos monitores, que são drogadiscentes em recuperação, que após o tratamento continuam trabalhando no Centro Terapêutico. O setor de hospedagem consta com dormitórios para até 8 residentes. O banheiro é de uso coletivo.

Tabela 4 - Rotina de atividades da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem:

Horário	Atividade
6:30	Levantar
7:00	Café
7:30 às 9:00	Estudos Bíblicos
9:00 às 11:00	Laborterapia
11:00 às 12:00	Período aberto
12:00	Almoço
13:00 às 16:00	Laborterapia
16:00	Banho
	Chimarrão
	Leitura
18:00	Janta
	Culto
21:00	Dormir

As atividades desenvolvidas na etapa de ressocialização do drogadiscente são trabalhar em estabelecimentos do próprio Centro Terapêutico que se localizam no centro da cidade de Três Coroas. Esses estabelecimentos são uma padaria, pizzaria, gráfica e restaurante. Além dessas atividades, os drogadiscentes em recuperação vendem camisetas e cucas em outras cidades.

Abaixo, seguem as fotos da unidade da Ala Masculina da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem:

O local (paisagem) é lindíssimo. Já os prédios, são grandes, simples e nos causam a impressão de imponência. Na sua maioria, os espaços internos são amplos.



Imagem 13– Unidade Fase 1
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 14– Pavilhão Central
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 15 – Passeio
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 16 – Açude
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 17 – Refeitório
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 18 – Dormitório
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)

Abaixo, seguem as fotos do Centro de Ressocialização Feminino e Masculino da Comunidade Terapêutica desafio Jovem.



Imagem 19 – Prédio – Centro de Ressocialização
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 20 – Sala de Estar
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 21 – Refeitório
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 22 – Cozinha
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 23 – Lavanderia
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 24 – Dormitório
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 25 – Confeitaria
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)



Imagem 26 – Salão
(Fonte: www.desafiojovem.org.br, 2010)

5.2. COMUNIDADE TERAPÊUTICA USINA DA SAÚDE

A meta da comunidade Terapêutica USINA DA SAÚDE visa o tratamento de homens e mulheres e a regeneração de dependentes químicos (álcool e outras drogas), através da auto ajuda e da ajuda mútua.

A comunidade visitada atende ao público masculino e localiza-se no Município de Taquara, no Distrito de Santa Cruz da Concórdia, na rodovia RS-020, parada 123, Km 02.



Imagem 27 – Acesso – Usina da Saúde

Para o processo de internação no Centro Terapêutico Usina da Saúde é necessário que o drogadiscente esteja realmente disposto a colaborar e passe por quatro etapas:

- Reconhecer que realmente precisa de ajuda;
- Passar por uma entrevista no local da internação;
- Dispor-se a participar e envolver-se totalmente no programa terapêutico;
- Se necessário, passar por um período de desintoxicação com orientação médica.

Sugundo o monitor Cristiano Corre Vieira, os tratamentos que são utilizados no Centro Terapêutico Usina da Saúde são únicos para cada residente. É necessário que cada residente que entra para o tratamento esteja ciente e disposto a colaborar. A família por si, assina um termo de compromisso, que consta em anexo a esta pesquisa, onde determina algumas normas que o residente e família deverão seguir, pois todo o residente que venha a infringir normas ou regulamentos será desligado do local. O usuário de drogas só poderá se manter na fazenda por livre e espontânea vontade.

Caso ocorra algum problema de saúde, os familiares são avisados para se responsabilizarem por todas as despesas do tratamento decorrente do residente ou, se necessário, pela internação médico-hospitalar;

Após o ingresso do residente no Centro Terapêutico Usina da Saúde, a primeira visita da família poderá ocorrer só após 30 dias, e obrigatoriamente a família deverá frequentar um grupo de apoio, chamado Amor Exigente, para aprender a lidar com dependentes químicos. Caso a família do drogadiscente não frequente esse grupo de ajuda, não poderá visitar o residente. Após a primeira visita, as sub-seqüentes serão sempre no segundo domingo de cada mês.

No Centro Terapêutico Usina da Saúde, os próprios residentes formulam as regras a serem seguidas, tais como arrumar a cama, lavar suas roupas, não deixar sapatos espalhados pelo quarto, etc.

O Centro Terapêutico não possui nenhuma religião. Uma vez por semana vai um pastor ou padre dirigir um culto para os residentes, mas nada objetivo para alguma religião específica.

O tempo mínimo de tratamento é 9 meses e máximo 12 meses, e é dividido em 3 fases:

Primeira Fase (3 meses): desintoxicação, reavaliação da vida e a avaliação de causas e conseqüências da dependência química;

Segunda Fase (3 meses): mudanças de hábitos para uma vida mais saudável;

Terceira Fase (3 meses): de preparo para reintegração na vida familiar e social.

Os médicos especialistas que atendem no local são psiquiatra e psicólogos. Possui também atendimento com técnicos em enfermagem e com os monitores que residem no local.

Tabela 5 - Abaixo segue a rotina de atividades diárias dos residentes:

Cronograma de Atividades do Sítio Usina da Saúde- SEMANA					
Horários	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7:00	Despertar	'	-	-	-
7:30	Café	-	-	-	-
8:00	Espiritualidade	-	-	-	-
9:00	Laborterapia	-	-	-	-
11:15	Lazer	-	-	-	-
Horários	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta

Horários	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
12:00	Almoço	-	-	-	-
14:00	Sentimento	Narcóticos Anônimos	Psicóloga	Psicóloga	12 passos A.A
15:30	Laborterapia	-	-	-	-
17:00	Banho	-	-	-	-
18:00	Cuidados pessoais	-	-	-	-
19:00	Janta	-	-	-	-
20:00	Temática	Prevenção recaída	Alcólicos Anônimos	Amor Exigente	Filhos de Deus
22:30	Recolher	-	-	-	-

Tabela 6 - Rotina de Atividades do Sítio Usina da Saúde aos finais de semana

Horário	Sábado/Domingo
8:00	Despertar
8:30	Café
9:00	Espiritualidade
10:00	Mutirão
11:15	Lazer
13:00	Almoço
13:30	Lazer
15:30	Despertar
17:00	Banho / Lav
18:00	Louvor/Terço
19:00	Janta
20:00	Lazer / Descanso
22:30	Recolher

Na fase de ressocialização, além das atividades, trabalham nas obras erguidas no sítio, na padaria, na cidade de Gravataí, onde fica a sede principal do Centro Terapêutico Usina da Saúde.



Imagem 28 – Estabelecimentos



Imagem 29 – Refeitório



Imagem 30 – Cozinha – Usina da Saúde



Imagem 31 – Fogão à lenha



Imagem 32 – Forno à lenha



Imagem 33 – Galinheiro



Imagem 34 – Horta



Imagem 35 – Espaço Lazer (descanso)



Imagem 36 – Açude

5.3. COMUNIDADE RECREO

A comunidade Terapêutica RECREO, localiza-se em Montenegro, RS, tem como objetivo o tratamento de usuários abusivos de substâncias psicoativas.

A comunidade Terapêutica RECREO é a Matriz, na qual se subdivide em três fazendas. A **Recreo**, que atende ao público masculino, acima de 18 anos, **Recreio**, destinada a crianças ente 12 e 16 anos do sexo masculino e a **Nossa Senhora de Fátima** que atende ao público feminino, adolescentes e mulheres.

Possui um escritório no centro da cidade, onde são realizados os serviços administrativos das fazendas e são feitas as entrevistas com os dependentes antes da sua internação.

A comunidade visitada, Recreio localiza-se em uma fazenda, no interior do Município de Montenegro.

Segundo o coordenador Otávio Luiz dos Santos, a Comunidade Terapêutica Recreio não direciona o tratamento para nenhuma religião. O tempo mínimo de internação é 6 meses, onde o residente tem direito a passar uns dias com os familiares.

Os especialistas que atendem no local são médicos – clínicos gerais (quando necessário), técnicos de enfermagem (quando necessário), psicólogos e psiquiatras, juntamente com professores de educação física e monitores.

Conforme visita de campo, acompanhada pelo monitor Alexandre de Souza, não existem medidas de segurança quanto ao comportamento dos residentes. Os residentes já se internam cientes de que terão de colaborar com o programa terapêutico. Na comunidade visitada, os residentes são obrigados a ficar mesmo contra sua vontade, mas nas outras fazendas, onde são maiores de idade, se não quiserem colaborar, são liberados. Os responsáveis chamam um familiar para buscá-lo e retornar para casa.

Na comunidade Recreio, o espaço físico, possui exatamente o que a RDC 101 exige, porém tem toda uma estrutura de escola, pois atende adolescentes.

A escola da Comunidade Recreio ainda não está em atividade em todas as salas, pois recém foi construída e está em fase de acabamento. A inauguração está prevista para o final do mês de mai/2010. Atualmente possui apenas uma sala de aula em uso. As aulas estão sendo em turmas mistas. Outra sala de aula está com sua construção em fase de acabamento. Estão terminando de ser construídas também uma biblioteca, a sala de informática e a secretaria.

A fazenda possui campo de futebol, piscina, horta, além de aparelhos de academia construídos pelos próprios residentes.

No setor de hospedagem há banheiros, refeitório, cozinha e dormitórios para, no máximo, quatro residentes por unidade. O banheiro é de uso coletivo e o tempo de banho são cinco minutos, mais dois minutos para se vestir.

Tabela 7 - Rotina de atividades da Comunidade Terapêutica Recrio

Segunda-Feira à Sexta-Feira	
06:30	Despertar
07:00	Espiritualidade
07:30	Café
08:00	Aula
12:00	Almoço
14:00	Descanso (até 14hs)
14:00	Reunião
15:00	Laborterapia
16:00	Café
16:30	Laborterapia
18:00	Banhos
19:00	Reunião
20:00	Janta
21:30	Pré-silêncio
22:00	Silêncio total

Tabela 8 - Cronograma de atividades

Quarta-Feira	Sábado	Lazer
06:30	Despertar	
07:00	Espiritualidade	
07:30	Café	
08:00	Aula ou Laborterapia	
12:00	Almoço	
14:00	Descanso (até 14hs)	
14:00	Futebol	
16:00	Café	
16:30	Filme	
19:30	Banhos	
20:00	Janta	
20:45	Futebol na TV (quarta)	

Quarta-Feira	Sábado	Lazer
21:30	Filme (sábado)	
22:00	Pré-silêncio	
22:30	Silêncio total	

Tabela 9 - Cronograma de atividades - Domingo

Domingo	
07:30	Despertar
08:00	Espiritualidade
08:30	Café
09:00	Mutirão
12:00	Reflexão / Almoço
14:00	Descanso (até 14hs)
14:00	Filme
16:00	Café
16:30	Futebol na TV
19:30	Banhos (até 19:30)
20:00	Janta
21:30	Pré-silêncio
22:00	Silencio total



Imagem 37 – Prédio Escola



Imagem 38 – Biblioteca – em construção



Imagem 39 – Laboratório de Informática – em construção



Imagem 40 – Sala de Aula



Imagem 41 – Setor de Hospedagem



Imagem 42 – Setor de Hospedagem



Imagem 43 –Sanitário



Imagem 44 – Refeitório



Imagem 45 – Sala Sentimento



Imagem 46 – Dormitório



Imagem 47 – Campo de Futebol



Imagem 48 – Piscina



Imagem 49 – Horta - Comunidade Recreio

5. A PROPOSTA

O projeto será implantado na cidade de Taquara, no Distrito de Rio da Ilha, no estado do Rio Grande do Sul.

A primeira idéia seria de apresentar uma proposta de uma Comunidade Terapêutica para uso feminino, mas conforme a Inspetora de Vigilância Sanitária do Município de Taquara, Lúcia Rosa, e pesquisas, como mostram os gráficos apresentados na justificativa deste trabalho, a necessidade para o uso masculino é maior, pois a demanda de drogadiscentes masculino é notavelmente maior que feminino, então optou-se por fazer para atendimento masculino.

A proposta da Comunidade Terapêutica caracteriza-se por trazer para o Município de Taquara um ambiente acolhedor, protegido, que ofereça aos usuários de substâncias psicoativas, infra-estrutura necessária no processo de recuperação e reinserção social, resgatando valores e proporcionando oportunidades de reabilitação física e psicológica do residente, sem discriminação de raça, cor ou religião.

“A imposição da abstinência e a subsequente marginalização e a Patologização dos usuários decorreram do aperfeiçoamento de mecanismos de controle social engendrados, sobretudo, por concepções políticas e culturais que legitimaram práticas discriminatórias, privando os usuários do exercício de sua cidadania” (MARTINS, 2003, pg 112).

A proposta será apresentada de acordo com a RDC 101/2001, que é uma normativa onde orienta tudo que o ambiente físico precisa para ser aprovado pela inspetoria de vigilância sanitária e para seu adequado funcionamento.

Toda comunidade terapêutica deve apresentar dentro do seu programa de tratamento, atividades psicoterapêuticas (atendimento psicológico individual e coletivo), assistência médica e social, porém, cada instituição pode elaborar seu programa terapêutico, estabelecendo a metodologia a ser utilizada e o período de tratamento.

5.1. CONCEITUAÇÃO

O consumo de drogas vem aumentando significativamente nas últimas décadas, tornando-se um problema de insalubridade pública, envolvendo pessoas que não conseguem abandonar o vício que está destruindo famílias, matando crianças, jovens e adultos de todas as camadas sociais e financeiras.

Para que funcione, o tratamento para a recuperação dos dependentes deve ser adequado a cada situação, não se tratando apenas de separar o usuário do consumo abusivo das drogas ou tratar a desintoxicação, mas de protegê-lo da condição de vulnerabilidade e ajudá-lo a encontrar alternativas que lhe façam pensar e perceber que a vida realmente vale a pena ser vivida.”

O conceito adotado para o projeto é que a arquitetura está cada vez mais visível, e que a humanização da mesma é um recurso de grande influência na evolução dos pacientes, pois entorno dos ambientes é um elemento que influi na sua cura. É o que se convencionou chamar de arquitetura terapêutica, desenvolvida como a união entre a arte e a técnica, e deve ser capaz de causar nos pacientes uma sensação de **bem-estar** através de **recursos estéticos**, sempre levando em conta a eficiência, condicionando as instalações, a iluminação, a decoração e o esquema de cores, visando racionalização na distribuição das áreas e estabelecendo “relações de proximidade”, se tornando um processo em contínua evolução. Esse segmento enfoca estratégias arrojadas e tecnologias que visam melhorar a qualidade de vida, agregando-se à sustentabilidade sempre que possível.

5.2 INTENÇÕES DE PROJETO

O presente projeto tem por finalidade uma organização de uma Comunidade Terapêutica, para auxiliar na recuperação e integração social de dependentes químicos, o que significa adequações apresentadas em uma escala maior para uso coletivo, priorizando funcionalidade e acessibilidade, de forma que busque atender a necessidade real do município contemplado e dos municípios vizinhos. O projeto será realizado de acordo com a RDC nº101, onde a sua essência é centrada na convivência entre os pares.

Como diretriz para a proposta, busca-se construir uma pequena cidade, isto é, um local onde os residentes tenham tudo o que necessitam para sua adaptação, recuperação e reinserção, onde eles possam se adaptar e possam ocupar o vazio existente nos seus pensamentos após abandonar a vida das ruas, e passar a ter uma nova vida, regrada, disciplinada, resgatando os valores e a auto-estima do dependente em recuperação.

Os adolescentes vivem os sentimentos ruins como um “buraco” ou um “vazio interno” que precisa ser preenchido. É claro que esses sentimentos correspondem a uma ausência afetiva e à necessidade de suprirem essa ausência e freqüentemente, as drogas consistem em ser esse substituto: aparentemente, no momento do uso, elas preenchem esse “vazio” ou “buraco”. Mas logo esse “vazio” ou “buraco” retorna ainda mais intenso e as doses necessárias para fazerem sumir com ele vão aumentando (OUTEIRAL, 1999).

A idéia arquitetônica é de projetar uma edificação sem excessos ou exageros formais ou visuais, onde tenha uma integração especial entre os residentes, simples e aconchegante, proporcionando aos residentes ambientes bem distribuídos, espaços bem ventilados e iluminados, integrados à natureza, oferecendo além de abrigo aos usuários de álcool e outras drogas, um programa de oficinas destinado à aquisição de conhecimentos e habilidades capazes de e possibilitar reflexão, autocrítica reabilitação da auto estima.

A edificação deverá ser composta com espaços que atendam as reais necessidades de funcionamento, com acessibilidade universal, utilizando todos os recursos necessários para que tenha uma boa qualidade funcional e ambiental, utilizando, sempre que possível, materiais alternativos e ecologicamente corretos.

5.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROJETO

- Contribuir para a elaboração de uma metodologia de reinserção social;
- Conscientizar o residente da necessidade de mudança de vida;
- Responsabilizar o residente e proporcionar a ele novas alternativas aos desafios cotidianos no uso abusivo de drogas;
 - Desenvolver um novo projeto de vida, que resgate sua auto-estima e o prepare para seu estabelecimento na rede social (família, amigos, trabalho, escola e comunidade);
 - Desenvolver oficinas nas quais o residente se identifique e se ocupe;
 - Proporcionar ao residente local apropriado à prática de esportes;
 - Proporcionar infra-estrutura adequada para os mais diversos tratamentos adequados;
 - Dar suporte terapêutico ao residente após sua alta.
 - Usar materiais ecologicamente corretos sempre que possível.

5.4 ESTRUTURA FÍSICA DO PROJETO CONFORME RDC 101

Todo Centro Terapêutico, para seu legal funcionamento, construção, reforma ou adaptação, deve estar devidamente licenciado pela Vigilância Sanitária.

A estrutura física do Centro Terapêutico deverá estabelecer o regulamento técnico com as exigências mínimas para o funcionamento, com capacidade máxima para 60 residentes, alojados em no máximo 2 unidades, cada uma contendo 30 residentes. Para o centro Terapêutico já existente a capacidade máxima admitida é de 90 residentes, divididos em 3 unidades, com 30 alojamentos em cada.

Para receber usuários adolescentes os Centros Terapêuticos deverão disponibilizar espaços específicos, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Dentro desses espaços específicos, deverá ter no mínimo uma escola, para que os adolescentes não interrompam seus estudos.

A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, quer que seja pela afinidade funcional, quer que seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas (RESOLUÇÃO - RDC/ANVISA n° 101, 2006).

Todos os ambientes do Centro Terapêutico deverão ter portas com travamento simples, sem uso de trancas ou chaves.

Os projetos complementares, de esgoto, energia elétrica, incêndio e telefonia deverão atender as exigências dos Códigos de Obras e Normas Técnicas, pertinentes a cada uma das instalações.

5.5 PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ DIMENSIONAMENTO

A seguir será apresentado o programa de necessidades do Centro terapêutico que foi feito com base nos Estudos de Caso e RDC 101. Os itens obrigatórios pela RDC foram grifados com asterisco.

Tabela 10 - Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes:

	Ambiente	Área	Mobiliário Necessário
a	* Quarto coletivo para no máximo seis residentes.	Área mínima de 5,5m ² por cama individual ou beliche de 02 camas sobrepostas. Área mínima 19m ²	- 06 camas - 01 armário
b	* Banheiro	Área mínima 8m ² .	- 01 bacia, - 01 lavatório - 01 chuveiro (para cada 6 camas.)
Obs: Ao menos um banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecimento na Portaria GM/MS 1884/94 ou a que vier substituí-la (8m ²);			
c	* Quarto para o agente comunitário	12m ²	- 01 cama - 01 armário

Tabela 11 – Setor de terapia / recuperação:

	Ambiente	Área
a	* Sala de atendimento social	40m ²
b	* Sala de atendimento individual	20m ² ;
c	* Sala de atendimento coletivo	120m ²
	Ambiente	Área
d	Ambulatório	30m ²
e	* Sala de TV / música	120m ²
Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos, desde que haja uma programação de horários diferenciados.		
f	Capela	200m ² (130 pessoas)
g	Laboratório de informática	55m ² (30 pessoas)

	Ambiente	Área
h	Sala cursos profissionalizantes	55m ²
j	* Biblioteca	55m ²
j	* Oficina (desenho, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica, etc.)	60m ²
k	Sala de jogos	60m ²
	Ginásio de esportes	950m ²
l	* Quadra de esportes	608m ² (19mx32m)
m	* Sala para prática de exercícios físicos	60m ²
n	* Horta ou outro tipo de cultivo	60m ²
o	* Criação de animais domésticos	60m ²
p	* Área externa para deambulação	60m ²
Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.		

Tabela 12 – Setor administrativo:

	Ambiente	Área
a	* Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes	50m ² ;
b	* Sala administrativa	25m ²
c	* Arquivo das fichas dos residentes (prontuários)	15m ²
	Ambiente	Área
d	* Sala de reunião para a equipe	15m ²
e	* Sanitários para funcionários (ambos os sexos)	12m ²

Tabela 13 - Setor de apoio logístico:

a	* Cozinha coletiva com as seguintes áreas (80m²):	
	Ambiente	Área
a.1	* Recepção de gêneros	5m ²
a.2	* Armazenagem de gêneros;	10m ²

	Ambiente	Área
a.3	* Preparo;	12m ²
a.4	* Cocção;	5m ²
a.5	* Distribuição;	10m ²
a.6	* Lavagem de louça;	5m ²
a.7	* Armazenagem de utensílios;	5m ²
a.8	* Refeitório.	30m ²
b	* Lavanderia coletiva com as seguintes áreas (50m²):	
b.1	* Armazenagem da roupa suja;	8m ²
b.2	* Lavagem;	8m ²
b.3	* Secagem;	12m ²
b.4	* Passadeira;	14m ²
b.5	* Armazenagem de roupa limpa	10m ²
b.6	Almoxarifado.	15m ²
c	* Área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios e material de expediente (40m²).	
d	* Limpeza, zeladoria e segurança:	
d.1	* Depósito de material de limpeza;	15m ²
d.2	* Abrigo de resíduos sólidos;	15m ²

Tabela 14 - Reservatório de água / Gerador / Tratamento de esgoto

		Área
a	*Reservatório (25000lt)	16m ²
b	Gerador	10m ²
c	Tratamento de esgoto	15m ²

Área total: 2989m²

5.6 PROJETOS DE REFERÊNCIA

De acordo com as visitas realizadas e as pesquisas bibliográficas, e com o tipo de projeto que se objetiva propor, abaixo constam duas referências

arquitetônicas de projetos para a composição da nova Comunidade Terapêutica, com ambientes acolhedores e totalmente integrados com a natureza.

Serão criados ambientes aconchegantes, sendo que todos os ambientes deverão estar ligados entre si, sempre assegurando a iluminação e ventilação natural da instituição. Arquitetonicamente, as formas serão simples e puras formando um conjunto de volumes com alas distintas.

A estratégia de projeto na parte de hospedagem é promover a integração dos residentes através de um pátio interno central, extremamente integrado com a natureza.

5.6.1 ESPAÇO DE LAZER YPY, NO LITORAL NORTE DE SP

Ambiente aconchegante, acolhedor, com pequenos jardins internos.

Estrutura de madeira com deck de madeira e as telhas de barro se transformaram em agregado para o concreto no canteiro, após moagem, e aproveitadas nas paredes de vedação.

Cuidados especiais na utilização da iluminação e ventilação natural.



Imagem 50 – Ambiente de lazer integrado com a natureza.
(Fonte: Acayaba, Maira - AU – ANO 25. Nº193, 2010)



Imagem 51 – Ambiente acolhedor, integrado com a natureza.
(Fonte: Acayaba, Maira - AU – ANO 25. Nº193, 2010)



Imagem 52 – Pequenos jardins no seu interior.
(Fonte: Acayaba, Maira - AU – ANO 25. Nº193, 2010)



Imagem 53 – Deck de madeira.
(Fonte: Acayaba, Maira - AU – ANO 25. Nº193, 2010)



Imagem 54 – Ambiente de lazer.

(Fonte: Acayaba, Maira - AU – ANO 25. Nº193, 2010)

5.6.2 RESIDENCIAL PIANO FORTE .WETTINGEN, SUÍÇA, 2002/2003



Imagem 55 – Fachadas para um pátio central.

(Fonte: RD2B - AU – ANO 24. Nº183, 2009)



Imagem 56 – Volumetria com o efeito “caixa”, diferenciando apartamentos.

(Fonte: RD2B - AU – ANO 24. Nº183. 2009)



Imagem 57 – Integração das fachadas internas com a natureza.

(Fonte: RD2B - AU – ANO 24. Nº183. 2009)

7. ORGANOGRAMA

O organograma abaixo apresenta a maneira como todos os ambientes devem estar ligados entre si, ou por pátios internos, ou passarelas.



Imagem 58 - Organograma

CONCLUSÃO

Após a análise de todos os dados e informações obtidas através noticiários e das visitas às Comunidades Terapêuticas, que foram de fundamental importância para o entendimento do programa necessário para a realização do projeto, percebe-se que o município de Taquara tem um grande potencial para o projeto em pauta.

O terreno escolhido está localizado em um ponto estratégico, por se encontrar numa área rural da cidade, completamente integrado à natureza, e com difícil acesso, buscando somente o público que realmente necessita de ajuda ou aos que desejam conhecer o local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigos de Jornal e Revista

CRESCER o consumo de crack entre crianças e adolescentes. **Jornal Panorama**, Taquara, 29 agosto 2009. Disponível em: <www.jornalpanorama.com.br> Acesso em: 12 maio 2010.

ENTRE o céu e o inferno de cada dia. **Jornal Panorama**, Taquara, 05 setembro 2009. Disponível em: <www.jornalpanorama.com.br> Acesso em: 12 maio 2010.

FIGUEROLA, Valentina N. Arquitetos suíços e brasileiros do RD2B projetam o Residencial Piano Forte . Wettingen, Suíça . 2002/2003. **AU** – ANO 24. nº183. jun, 2009.

LESSA, Maíra. Combate às drogas ganha R\$ 1 milhão. **Jornal Zero Hora**, Porto Alegre, 06 abril 2010.

NAKAMURA, Juliana. Espaço de Lazer YPY. **AU** – ANO 25. Nº193. ABRIL 2010

RAVAZZOLO, Ângela. O crack destrói o Homo sapiens. **Jornal Zero Hora**, Porto Alegre, 18 abril 2010.

ROSA, Tatiana. Crack, um problema de saúde pública. CONSENSUS, **Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – ISSN 1413-1579. Nº 43, Nov. Dez 2009. Disponível em: <www.conass.org.br> Acesso em: 23 jun 2010.

Geral

FEBRACT Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
AGÊNCIA Saúde Mental. Aumenta o consumo de crack no Brasil. 01 setembro 2008.
Disponível em: <www.abpcomunidade.org.br> Acesso em: 19 jun 2010.

CLÍNICA Paraíso. Disponível em: <www.clinicaparaiso.com.br>
Acesso em: 06 maio 2010.

COMUNIDADE Terapêutica . Disponível em: <<http://anovavida.tripod.com/ct.htm>>
Acesso em: 12 maio 2010.

DEPENDÊNCIA química e saúde pública. Disponível em: <www.sissaude.com.br>
Acesso em 12 maio 2010.

DESAFIO Jovem. Disponível em: <www.desafiojovem.com.br>
Acesso em: 27 abr 2010.

FEBRAE. Amor Exigente. Disponível em: <www.amorexigente.org.br>
Acesso em: 27 abr 2010.

IBGE Cidades. **Taquara, RS**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>
Acesso em: 18 jun 2010.

NOSSO trabalho. . Disponível em: <www.fazendarenascer.com.br>
Acesso em: 18 jun 2010.

Rede Bom Dia/ABEAD(Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas).
Maconha o primeiro passo para o mundo das drogas? Disponível em:
www.antidrogas.com.br Acesso em: 20 jun 2010.

REVIVER Comunidade Terapêutica. Disponível em:

<www.revivercomunidadeaterapeutica.org> Acesso em: 27 abr 2010.

VIDA Comunidade Terapêutica. Disponível em:

<www.comunidadeaterapeuticavida.com.br> Acesso em 27 abr 2010.

Legislação

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. 97p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS Comitê Brasileiro de Construção Civil. **NBR 9077 - Saídas de emergência em edifícios - Procedimento**. Rio de Janeiro: ABNT, 2001. 35 p. + 1 p.

RESOLUÇÃO - RDC/ANVISA n° 101, de 6 de junho de 2006.

PORTARIA FNDE N° 430, de 10 de dezembro de 2008.

Locais

TAQUARA., Prefeitura Municipal. **Dados Sócio Econômicos**. Disponível em: < www.taquara.com.br> Acesso em: 20 abr 2010.

TAQUARA., Prefeitura Municipal. **Histórico**. Disponível em: < www.taquara.com.br> Acesso em: 20 abr 2010.

TAQUARA., Prefeitura Municipal. **Localização**. Disponível em: < www.taquara.com.br> Acesso em: 20 abr 2010.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Compromisso:



Termo de Compromisso

- Que fazem o Sr(a) _____ RG/CPF _____
 Data de nascimento _____, estado civil _____ e o(a) Sr.(a) _____
 RG/CPF _____ neste ato como representante legal da pessoa acima, residente e
 domiciliado à _____ na cidade de _____
 Estado _____, neste ato denominado(s) compromissado(s) junto à COMUNIDADE TERAPEUTICA USINA DA
 SAÚDE, entidade civil, sem fins lucrativos, com sede MATRIZ à ESTRADA RS 020 PARADA 123 KM 02,
 TAQUARA – RS e filial a rua Barros Cassal, 96, GRAVATAI - RS, vinculada à FEBRACT (Federação Brasileira
 das Comunidades Terapêuticas), com a finalidade de ajuda ao toxicômano e seus familiares, registrada sob o
 CNPJ nº 08.729.737/0001-51, nos termos a seguir:
1. Que conhecem a C. T. USINA DA SAÚDE, submetendo-se ao que preceituam seus estatutos sociais, estando aqui para incorporar-se a grupos de ajuda e ajuda mútua, reconhecendo seu estado de dependência química, ou de seu representado. Optam livremente pelo "Treinamento voluntário para uma vida sem álcool e outras drogas" com duração média de 9 (nove meses), fundamentado nos princípios do Amor Exigente e nos 12 Passos do A.A., a ser desenvolvido na comunidade terapêutica denominada **USINA DA SAÚDE** a partir de ____/____/____, baseado na DISCIPLINA, ORAÇÃO e TRABALHO;
 2. A C. T. USINA DA SAÚDE não se responsabiliza pelo eventual abandono do treinamento, reservando-se por este documento, o direito de desligamento de todo aquele que venha a infringir suas normas e regulamentos ou que seu familiar/ responsável, deixe de participar efetivamente das reuniões de AUTO-AJUDA;
 3. Em caso de eventual problema de saúde, os responsáveis serão avisados para assumirem as despesas decorrentes, tais como tratamento e/ou internação médico-hospitalar, tratamento dentário e/ou remédios etc. Caso não possa permanecer na C. T. USINA DA SAÚDE os familiares deverão acolher o residente para as providências necessárias e, se o afastamento for superior a 30 (trinta) dias, o mesmo deverá aguardando vaga quando retornar;
 4. A primeira visita ao residente na C. T. USINA DA SAÚDE será no mínimo 30 (trinta) dias após a data de seu ingresso na C. T. USINA DA SAÚDE e, obrigatoriamente, no segundo domingo de cada mês. Serão autorizados para visitas até 04 familiares responsáveis ou amigos que participarem efetivamente de pelo menos 04 reuniões de AUTO-AJUDA(A.E., A.A., N.A.) e que constarem da relação apresentada no início da triagem, obedecidas às normas de visita à fazenda;
 5. No ingresso a C. T. USINA DA SAÚDE foi feita uma doação no valor de R\$ _____, em dinheiro ou cheque número _____ agência _____ do banco _____, não havendo a devolução deste valor em caso de desistência do residente conforme o item 2;
 6. Doações somente poderão ser feitas diretamente ao diretor financeiro, mediante recibo padronizado, em dinheiro e/ou cheque nominal cruzado em nome da COMUNIDADE TERAPEUTICA USINA DA SAÚDE ou depósito bancária no Banco do Brasil agência 3870-9 conta corrente 8421-2. Não havendo devolução destes valores em caso de desistência, fuga ou desligamento do residente conforme o item 2;
- IMPORTANTE:**
 a) Guarde o comprovante de depósito ou recibo;
7. Nenhum residente poderá receber cartas, dinheiro ou objetos diretamente. Valores monetários para despesas pessoais ou eventuais ficarão com a DIRETORIA, não podendo ultrapassar a quantia de R\$ 100,00 (cem reais). Os objetos e correspondências serão liberados após verificados pela monitoria da C.T. Usina da Saúde e se estiverem em conformidade com a legislação do país e normas da comunidade;



8. Na C. T. **USINA DA SAÚDE** deve ser respeitado o regime comunitário de convivência não podendo o residente possuir nada que possa ocasionar diferenças sociais, econômicas ou outras situações. Assim fica vedada a posse de objetos de valor (máquinas fotográficas, aparelhos de vídeo, TV, roupas de grife, celular, etc.); Bem como, o residente é responsável pelos bens pessoais que levar e pelos atos que vier praticar dentro e fora da comunidade. Não havendo nenhuma responsabilidade por parte da C. T. Usina da Saúde, por roubos, furtos ou desaparecimentos de bens seus e de terceiros nem por atos ilegais praticados pelo residente. Ficando unicamente o residente e/ou seu responsável pelos atos ilícitos praticados pelo residente. Em caso de afastamento, conforme o item 2, a C. T. **USINA DA SAÚDE** não se responsabiliza por eventuais objetos e/ou vestuário lá deixados e após 30 dias serão doados para residentes carentes. Se o residente for fumante, os cigarros que ainda não fumou e que estiverem na comunidade, imediatamente, na data de seu afastamento (item 2), serão doados para a caixa comunitária de cigarros da comunidade;

9. O trabalho realizado pelo residente na C. T. **USINA DA SAÚDE** tem finalidade terapêutica (laborterapia) e é feito de forma voluntária, não proporcionando nenhum vínculo empregatício;

10. Os residentes serão submetidos a exames de sangue, urina e/ou outros, sempre que necessário, para verificar o provável uso de drogas;

11. Ratifica(m) por derradeiro, que se sujeitarão às normas da C. T. **USINA DA SAÚDE** e ao regulamento interno ao compromisso de permanecer e deixar permanecer (caso do responsável) em treinamento pelo período médio de 9 (nove) meses na C. T. **USINA DA SAÚDE**.

O programa voluntário de reeducação para uma vida sem álcool e outras drogas continua após a graduação, com o comparecimento dos graduados e familiares aos grupos de AUTO-AJUDA, durante um ano, no mínimo, pois o abandono ao apoio do grupo é o primeiro passo para a recaída.

Assume(m) todos os compromissos aqui elencados, em especial o cumprimento do "Décimo Segundo Passo dos A.A." pelo graduado, ajudando na manutenção da C. T. **USINA DA SAÚDE**, durante e após a saída da C. T. **USINA DA SAÚDE**.

Porto Alegre :

DECLARANTE (Compromissado) _____

RESPONSÁVEL (Compromissado) _____

COORESPONSÁVEL (Compromissado) _____

IMPORTANTE: Para ingresso na C. T. **USINA DA SAÚDE** é imprescindível a assinatura no presente termo, na ficha de entrevista.

Responsáveis:

Nome:

Fones:

grau de parentesco:

Nome:

Fones:

grau de parentesco:

Nome:

Fones:

grau de parentesco:

Nome:

Fones:

grau de parentesco:

Anexo B – Reportagem Jornal Zero Hora

Autor: Maíra Lessa

ZERO HORA TERÇA-FEIRA, 6 DE ABRIL DE 2010 Geral 35

LUTA SEM TRÉGUA Combate às drogas ganha R\$ 1 milhão

Pelo menos 45 projetos contra o uso de tóxicos por crianças e adolescentes terão apoio financeiro

**CRACK
NEM PENSAR.**

A luta contra as drogas ganhará um aditivo. O Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cedica) lança hoje seu segundo edital de apoio a projetos de combate à drogadição infantil.

Serão destinados R\$ 1 milhão para pelo menos 45 projetos de prefeituras e entidades.

O lançamento será às 10h, na sala de reuniões da Secretaria Estadual da Justiça e do Desenvolvimento Social. A intenção do governo não é manter uma instituição, mas ajudá-la a iniciar os seus planos de ação. Por

isso, cada ideia selecionada deverá receber até R\$ 40 mil.

– Não é um recurso substancial, é um incentivo. Queremos impulsionar uma mobilização das comunidades para lutar contra o poder da droga. Ou enfrentamos de uma forma coletiva, ou não teremos uma solução para o problema – afirma o vice-presidente do Conselho Estadual da Criança e do Adolescente, Maurício Vian.

Um dos ganhadores da seleção de 2009, o Instituto Educacional, Social e Cultural do Rio Grande do Sul é exemplo dos benefícios dessa união. Graças a uma parceria com 14 entidades, conseguiu um auxílio de R\$ 15 mil e, hoje, as entidades se mantêm com renda própria. Ao todo realizam atendimento a 125 jovens de Sapucaia do Sul durante o turno inverso ao das aulas. Entre as ações, está a prevenção do

uso do crack. Neste projeto, crianças e adolescentes das comunidades onde os trabalhos são realizados conscientizam seus familiares e amigos sobre as consequências avassaladoras do uso da substância.

– O crack é a maior preocupação que temos no município. Por isso, sabemos que remediar não adianta, é necessário atuar na prevenção – diz o presidente do instituto, Eduardo Pereira Cardoso.

Neste ano, os recursos previstos no edital serão destinados a três frentes específicas. A primeira para ajudar jovens que já foram internados por uso

de drogas. Outra, voltada a crianças e adolescentes que convivem com familiares ou em ambientes que tenham alto índice de drogadição. E a terceira será direcionada a encontrar soluções para meninos e meninas que vivem ou passam os dias nas ruas.

Após a seleção de propostas, os vencedores passarão por um treinamento de 16 horas sobre a gestão de projetos sociais, realizado pela Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho. As prefeituras podem apresentar projetos de até R\$ 30 mil, mais a contrapartida, e as organizações não-governamentais de até R\$ 40 mil.



Natália Feijó (E) e os irmãos Jenifer e Santiago Hernandez se preparando se preparando para uma apresentação de teatro contra o uso de drogas

Critérios de seleção

- Seguir à risca o edital
- Ter viabilidade técnica e financeira
- Possibilidade de ter continuidade depois que terminar o recurso
- Ter uma articulação entre a rede do município, como um vínculo com as comunidades atendidas
- A intenção final terá de coincidir com as frentes propostas no edital

ZEROHORA.COM

Accesse www.cracknempensar.com.br e baixe conteúdo exclusivo para aderir à campanha

Anexo C – Reportagem Jornal Zero Hora

Autor: Ângela Ravazzolo

**CRACK.
NEM PENSAR.**

“O crack destrói o *Homo sapiens*”

ÂNGELA RAVAZZOLO

O psiquiatra Eduardo Kalina, 71 anos, é radical ao se posicionar em relação às drogas: cobra dos pais o exemplo aos filhos e defende a abstinência total (incluindo álcool e cigarro) para os que tentam se livrar das drogas.

— O que nós chamamos de cura é quando a pessoa aprende a dizer não — ensina. Diretor médico do Brain Center, em Buenos Aires desde 1994, Kalina está preocupado com a realidade que o crack desenhou na Argentina

da droga
a região
ebro
isável
vilidade
ra,
ando
es
ntroladas.

e no Brasil. Entende que os governos que não lutam efetivamente contra a epidemia estão permitindo um “suicídio”. O currículo do médico é longo e retrata a experiência de uma vida inteira voltada ao tratamento e à prevenção do uso de drogas. Foi professor visitante nos Colegios Oficiales Médicos, na Espanha, no High Point Hospital, em Nova York, e no New York Hospital — Cornell University Medical College (EUA). No Brasil, foi professor da Associação Brasileira de Psicandise, no Rio, e das Faculdades Metropolitanas Unidas, em São Paulo. Embora se recuse a falar sobre seus pacientes, Kalina é conhecido por ter tratado do jogador de futebol Diego Maradona. Casado, pai de três filhos, o psiquiatra argentino tem vários livros publicados. Em Aos Pais de Adolescentes — Viver Sem Drogas, da editora Rosa dos Tempos, o médico usa o discurso científico como ferramenta para se aproximar de problemas cotidianos das famílias. É autor também de Drogadição Hoje — Indivíduo, Família e Sociedade, editado pela Artmed. Confira abaixo trechos da entrevista que Kalina concedeu a Zero Hora por telefone, desde Buenos Aires:

Zero Hora — O senhor disse em entrevistas que o cérebro nunca esquece a sensação provocada pela droga, lembrando que a cura da dependência química exige uma abdicção total das drogas, incluindo o cigarro e o álcool. Não há uma cura para a dependência química?

Eduardo Kalina — A palavra cura é uma palavra que tem muitos significados. Por exemplo: uma pessoa tem um surto de apendicite. Você opera, retira o apêndice doente e aquilo curou para sempre, nunca mais vai ter apendicite porque não tem mais apêndice. Esse é um conceito de cura total, definitiva. Porém, no campo das drogas, o conceito de cura é diferente.

ZH — Como seria esse conceito?

Kalina — Não existe cura total definitiva porque o cérebro se modifica a partir da experiência com a droga, aprende uma nova linguagem, que não esquece nunca. Uma pessoa fuma 20 cigarros por dia, começa com 15 anos, quando tem 25 anos, para. Cinquenta anos depois, a pessoa tem 75 anos, passou 50 anos sem fumar, acende um cigarro e, oito, 10 segundos depois, aquela coisa que se modificou no cérebro acorda e a pessoa começa a ter necessidade de fumar. Não esqueceu nunca essa nova linguagem aprendida com a nicotina. Num futuro próximo, com a medicina genética, quando poderemos fazer modificações genéticas, provavelmente vai haver cura definitiva. Agora, o que nós chamamos de cura é quando a pessoa aprende a dizer não. Para controlar a droga, compensamos com remédios, fazendo com que o cérebro se acomode à normalidade, mas não tem garantia nenhuma. É preciso desdrogar-se. Tirar todas as drogas, porque muitas pessoas querem parar o álcool, mas seguem consumindo o tabaco. E o risco de voltar é grande.

ZH — O senhor acredita que é preciso abdicção total?

Kalina — Toda pessoa que compreende que para sair das drogas é preciso abdicar de tudo, uma parada total, incluindo álcool e tabaco, está praticamente curada. Para aquela que deseja seguir fumando e bebendo de quando em quando, o número de recaídas será muito grande.

ZH — A recuperação do crack é a mais difícil?

Kalina — Não existem duas pes-

soas iguais, não é possível fazer generalizações. A recuperação é difícil porque o crack provoca muitos danos, e algumas lesões são irreversíveis. Além disso, muitos usuários têm uma vida pobre, sem uma boa nutrição, não usavam muito o cérebro, então, ele estraga mais rápido. Temos um caso agora na Argentina de uma advogada, que começou a consumir já sendo uma profissional com boa posição. Ela passou mais de um ano consumindo, depois pediu ajuda e foi tratada. Eu a conheci em um programa de TV em que ela estava contando os danos que tinha sofrido. Ela conseguiu um bom nível de recuperação e agora está bem melhor porque era uma pessoa bem alimentada, com um cérebro que trabalhava, mais ativo, tinha todas as condições para sair. Muitos que começam na adolescência ou na infância não conseguem. Uma pessoa culta que tem Alzheimer demora muito mais para decair quando comparada a pessoas que não usaram muito o cérebro.

ZH — A partir de um estudo mais detalhado do cérebro é possível redimensionar a recuperação?

Kalina — Claro. Dependendo de como está lesionado o cérebro, podemos recuperar mais ou menos. Há pessoas em que estamos testando a técnica de reabilitação cognitiva. Algumas delas tiveram uma boa formação, então conseguimos muitas coisas mais rápido do que com aquele menino de rua que usa crack e fica afetado de uma forma horrível em pouco tempo.

ZH — Existe algum momento do tratamento de recuperação que é mais difícil?

Kalina — Desde a primeira etapa, quando nós temos que limpá-los, porque não conhecemos o que usaram. Não é uma substância sempre igual, preparamos com um monte de porcarias. Imagine um menino de nove ou 10 anos, mal alimentado, sem escolaridade, e que começa a fumar compulsivamente. Ataca sistema respiratório, coração, artérias. Alguns deles parecem velhos. É muito difícil, é preciso medicar muito bem, ter recursos, e geralmente o governo nunca tem recursos para essas coisas.

ZH — No Rio Grande do Sul, há muitas comunidades terapêuticas

Anexo D – Reportagem Jornal Panorama

Agosto, 2009.

Cresce o consumo de crack entre crianças e adolescentes

Assaltos e prostituição. Duas realidades que começam a fazer parte da vida de crianças e adolescentes em Taquara. Isso porque, nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado visivelmente entre esse público, preocupando conselheiros tutelares e a comunidade em geral. “A pior praga que surgiu na sociedade foi o crack”, avalia a coordenadora do Conselho Tutelar do município, Evanilda de Azevedo.

Por essa razão, a meta dos setores envolvidos com a questão é formar uma equipe de trabalho para que todos os órgãos estejam interligados no tratamento do problema. Enquanto isso não acontece, a Secretaria de Assistência Social de Taquara, assim como o Conselho Tutelar, realizam internações em clínicas e comunidades terapêuticas.

Dando continuidade à série de reportagens iniciada na semana passada, a edição desta semana do Jornal Panorama mostra também como o consumo e tráfico de crack andam lado a lado com a criminalidade no município.

Anexo E – Reportagem Jornal Panorama

Setembro, 2009.

Entre o céu e o inferno de cada dia



Na terceira parte da série de reportagens sobre a epidemia do crack em Taquara (**foto**), Panorama mostra a luta dos dependentes e o trabalho do Instituto Fênix, comunidade terapêutica instalada no município. A matéria traz o relato de “William” (nome fictício), jovem de 19 anos, ex-interno da clínica taquarense. Sem imaginar que o crack seria sua ponte diária para o Éden – com estadia de 12 segundos e retorno com escala no inferno –, o rapaz teve seu primeiro contato com a droga aos 15. “Ainda nem saía à noite”, contou à reportagem do Panorama. “Naquele tempo, a única coisa errada que fazia era matar aulas para jogar video-game”, avaliou. Por influência de amigos, as pedras rolaram em direção à vida do então estudante, sem que ele sequer conhecesse os efeitos e conseqüências devastadoras da substância psicoativa no organismo. A matéria traz ainda histórias do menino de origem humilde, que, em meio à fissura pela droga, cometeu assaltos e roubos para conseguir dinheiro. Saiba como foi o processo do rapaz para tornar-se abstinente, e como ele conseguiu driblar o vício para hoje levar uma vida digna, longe da realidade dos toxicômanos dependentes de crack.

Anexo F – Depoimento

Meu nome é Sidney Gonçalves de Araújo, tenho 31 anos e nasci e me criei em Itatiba.

Gostaria de compartilhar com vocês a minha história. Uma história que hoje é de vitória, mas que não começou assim. Vim de uma condição afetiva que não era boa. Não fui criado com meus pais, e mesmo tendo recebido muito amor de minha avó materna, me sentia sem segurança familiar. Quando ainda novo, por volta dos 13 anos, não tinha muitas regras nem controle por parte da minha família. Mesmo com a preocupação de minha avó em saber onde estava nunca me perguntavam o que eu estava fazendo ou com quem eu andava. A minha história de tristeza começa em uma pracinha onde morava, quando lá pelas nove horas da noite um menino da minha turminha trouxe uma lata de cola de sapateiro e nos convidou pra experimentar. Senti um grande prazer, uma sensação que nunca havia experimentado. Logo em seguida abandonei a escola. Já com 15 anos, um tio que havia acabado de sair do presídio e sabia que eu tinha algum dinheiro, me convidou para ir buscar maconha em uma pequena favela longe de casa. Após dividir a droga e usar com meu tio tive uma grande sensação de liberdade. Então guardei um pouco do que tinha sobrado da droga para usar depois. O relacionamento com a minha família foi ficando muito ruim. Não gostava da minha mãe pelo fato dela não ter me criado e acreditava que ela dava mais atenção e carinho para meu irmão do que para mim. Comecei a me relacionar com pessoas que usavam drogas e eram envolvidas com o tráfico. Tinha um bom relacionamento com essas pessoas e me sentia aceito por todos. Apesar da profissão de pintor, não tinha ânimo nem vontade de trabalhar. Praticamente tudo que ganhava na semana era gasto com as drogas no final dela.

Com a morte da minha avó entrei em profunda depressão, me sentia só e triste. Cheguei a pensar e a planejar suicídio, bem como atentar sobre a vida de qualquer um que fosse contra mim. Comecei a beber para esquecer dos problemas. Meus familiares perderam a confiança em mim devido às brigas e problemas que arrumava quando estava em casa. Minha vida estava um caos. Quando deitava no sofá ficava me perguntando o que eu tinha feito para estar passando por uma situação como aquela? Não tinha mais jeito pra mim. Quando um dia encontrei com um amigo que me falou sobre o Desafio Jovem de Itatiba. Senti que poderia encontrar ajuda ali. Fui até o Desafio Jovem e comecei a participar de reuniões com pessoas que conheciam o meu problema. Fui convidado pela psicóloga para algumas sessões individuais, quanto então ela me falou que eu tinha muita vida e podia conquistar muitas coisas. A partir daí comecei a planejar a minha mudança. Dentro do Desafio Jovem me senti confortado e auxiliado para mudar a minha vida. Hoje tenho uma vida que imaginei nunca ser possível para mim. Tenho a minha casa, meu trabalho e estou terminando meus estudos. Conquistei a confiança e o respeito das pessoas e ainda cuido da minha mãe e do meu irmão e das necessidades do meu lar. É até difícil expressar a alegria que sinto hoje pela vida abençoada que recebi como resultado da minha perseverança. O que tenho para falar para todos aqueles vivem um problema parecido com o que tive um dia é: “Por mais fundo que seja o poço, sempre haverá uma solução possível para sua vida.” Um abraço a todos e que Deus vos abençoe.

Fraternalmente,

Sidney Gonçalves de Araujo

31 anos

Testemunho do Sidney, um ex-aluno do Desafio Jovem de Itatiba entre 2001-2002

(Fonte: www.desafiojovem.com.br)

Anexo G – Depoimento

A.V.P

Sou portador de uma doença comportamental o TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), o que tenho a dizer é que desde a infância eu era diferente das outras crianças, era ansioso, imperativo e agressivo, isso fez com que meus pais ficassem preocupados e procurassem psicólogos e psiquiatras infantis, passei muito tempo fazendo tratamento com psiquiatras que me receitavam remédios extremamente fortes e inadequados para uma criança da minha idade, remédios que me mantinham calmos no começo mais depois de um tempo os medicamentos começavam a não ter mais efeitos, e cada vez mais eu estava trazendo problemas para dentro de casa e preocupando meus pais que não tiveram outra alternativa a não ser me encaminhar para um tratamento na Clínica Paraíso, quando eu cheguei lá eu estava totalmente descontrolado e fora de si, com manias repetitivas, e uma conduta descontrolada e sem regras para um jovem da minha idade. No começo eu negava que era portador do TOC e insistia nisso, que era típico da minha doença não admitir que eu era um portador dela e precisava de tratamento, mais com o passar do tempo fui me adaptando às regras normais da clínica, fazendo terapia com os profissionais, freqüentando a espiritualidade que foi muito bom para mim esse contato com Deus, e freqüentando as reuniões e palestras que a clínica nos oferece, com o passar do tempo fui aprendendo a vencer minha doença e direcionando um rumo a minha vida e hoje estou estudando e batalhando muito para vencer os problemas e dificuldades que todos nós temos, e só tenho a agradecer aos profissionais da Clínica Paraíso Tatiana, Beto, Léo e Ângelo.

A.V.P - 19/09/2007

(Fonte: www.clinicaparaíso.com.br)